



PREINSCRIPCIÓN CICLO FORMATIVO FARMACIA Y PARAFARMACIA

1 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE		
APELLIDOS Y NOMBRE		FECHA NACIMIENTO
DNI/PASAPORTE		
NACIONALIDAD	TELÉFONO/S	CORREO ELECTRÓNICO
DOMICILIO		
MUNICIPIO/LOCALIDAD		PROVINCIA
		CÓDIGO POSTAL

2	MÓDULOS EN LOS QUE RESERVA PLAZA	
	DENOMINACIÓN DEL MÓDULO	HORAS
<input type="checkbox"/>	DISPOSICIÓN Y VENTA DE PRODUCTOS (1º)	96
<input type="checkbox"/>	PROMOCIÓN DE LA SALUD (1º)	128
<input type="checkbox"/>	ANATOMOFISIOLOGÍA Y PATOLOGÍA BÁSICAS (1º)	160
<input type="checkbox"/>	ITINERARIO PERSONAL PARA LA EMPLEABILIDAD I	96
<input type="checkbox"/>	DISPENSACIÓN DE PRODUCTOS PARAFARMACEUTICOS (1º)	128
<input type="checkbox"/>	SOSTENIBILIDAD APLICADA AL SISTEMA PRODUCTIVO	32
<input type="checkbox"/>	DIGITALIZACIÓN APLICADA AL SISTEMA PRODUCTIVO	32
<input type="checkbox"/>	OPERACIONES BÁSICAS DE LABORATORIO (1º)	224
<input type="checkbox"/>	PRIMEROS AUXILIOS (1º)	64
<input type="checkbox"/>	DISPENSACIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS (2º)	170
<input type="checkbox"/>	EMPRESA E INICIATIVA EMPRENDEDORA (2º)	84
<input type="checkbox"/>	HORAS DE LIBRE CONFIGURACIÓN (2º)	63
<input type="checkbox"/>	OFICINA DE FARMACIA (2º)	147
<input type="checkbox"/>	FORMULACIÓN MAGISTRAL (2º)	189
<input type="checkbox"/>	FORMACIÓN EN CENTROS DE TRABAJO (2º)	410

3	DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA
---	-----------------------------------

SANTA
MARIA
DE LOS
ÁNGELES



educando para crear oportunidades

LA PERSONA FIRMANTE DECLARA, BAJO SU EXPRESA RESPONSABILIDAD, QUE SON CIERTOS CUANTOS DATOS FIGURAN EN LA PRESENTE SOLICITUD, Y QUE HA ENTENDIDO Y ACEPTA LAS CONDICIONES PARA REALIZAR LA PREINSCRIPCIÓN.

En _____, a _____ de _____ de 201____
EL/LA SOLICITANTE